**抗菌化学療法認定薬剤師認定委員会委員長殿**

記入日　　　　年　　月　　日

**（公社）日本化学療法学会　抗菌化学療法認定薬剤師制度　認定学術集会申請書（単回申請用）**

|  |  |
| --- | --- |
| 学術集会実施組織注1 | 名称： |
| 組織代表者氏名･所属 | 氏名：　　　　　　　　　　　　（所属　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申　請　者 | 氏名：　 ㊞　　　※評議員又は当制度の認定薬剤師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 連 絡 者 | 氏　名：住　所：〒勤務先・部署：TEL　：E-mail： |
| 組織発足の年月日 |  |
| 学術集会および講演会開催計画 |
| 研究会の名称 |  |
| 開催日注２（開催時間） | 西暦　　　　年　　月　　日（　　　　時間） |
| 開催場所 | 会場名：　　　　　　　　　　　　　　　　開催地： |
| 会 　費 | 　　　　　　　　円 |
| 参加予定人数 | 約　　　　　　名　（参加票送付枚数　　　　　　　　　　枚） |
| 集会の概略（200字程度）： |
| 【必須】症例検討の概略：別紙にて具体的な内容を記載、タイトル・演者未定の場合は不可 |
| 【必須】確認試験：申請に間に合わない場合は開催の１週間前までに試験問題（解答入り）をメールすること |
| 協賛（共催）会社名注３ | 無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

注１：実施組織の規約を添付すること

注２：開催日、場所、時間、研修内容、試験の実施を明記したプログラムを添付すること　　　　　 　受付印

注３：企業主催の場合は承認されない

注４：申請書は開催1か月前迄に提出のこと

事務局記載　委員会判定結果

|  |  |
| --- | --- |
| 申請No.　　　　　　　　　 |  |
| 承認日：　　　年　　　月　　　日 | 症例検討概要 | 　提出済み　・　未着 |
| 承認の可否：　　可　　・　　不可 | 確認試問題　　　 | 　提出済み　・　未着 |
| 承認不可の理由： |